

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			ROCAFUERTE	B			1314041565						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MONTES		PONCE		VANESSA		SOFIA	F	5/5/1994	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0967647830 - 0992009146		SIN COBERTURA		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.							
MANABI		ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MUJER DE 31 AÑOS CON APF: ABUELA MATERNA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS, APP: PARÁLISIS FACIAL HACE 4 AÑOS, 3 CESÁREAS, SALPINGECTOMIA, OVARIO POLIQUÍSTICO DEL LADO IZQUIERDO, CEFALEAS FRECUENTES. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR EDEMA EN INFERIOR IZQUIERDO EN EL TOBILLO, EN LA RODILLA CON 2 MESES DE EVOLUCIÓN QUE VA AUMENTANDO DE VOLUMEN SIN DOLOR, AMANECE EL DÍA DE HOY CON EDEMA PARPEBRAL IZQUIERDO, FATIGA CONSTANTE, ORINA ESPUMOSA EN LA MAÑANA, AUMENTO DE PESO MAS O MENOS 11KG EN 3 MESES. DOLOR ABDOMINAL ACOMPAÑADO DE DEPOSICIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA EDEMA DE PÁRPADO IZQUIERDO, EN RODILLA IZQUIERDA CON EDEMA 10CM DE DIAMETRO SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, Y EN REGIÓN DEL TOBILLO EDEMA DE 10CM SIN DOLOR, NO ALTERA LA MARCHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN DE LABORATORIO 07-02-2026 HEMOGLOBINA 11.5, HEMATOCRITO 37.1, VCM 69.20, HCM 21.5, RDW CV 21.50, PLAQUETAS 3.26, GLUCOSA 90, UREA 17.8, BUN 8.4, CREATININA 0.68, ACIDO URICO 3.40. TGO 14.8, TGP 17.6. FILTRADO GLOMERULAR: 116.56 ML/MIN/1.73M2. ECOGRAFIA GINCOLOGICA EN OVARIO IZQUIERDO 7 FOLICULOS, OTRAS ESTRUCTURAS NORMALES.

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SINDROME NEFROTICO, NO ESPECIFICADA	N049	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/3/2026	9:30	FLERIDA ELIANA	ANDRADE	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309650461				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	